نامنی، ابراهیم؛ مذهب یوسفی، آزاده (۱۳۹۸). اثربخشی تلفیق روش های درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد دختران نوجوان بی سرپرست.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹ (۲)، ۲۷-۵.
DOI: 10.22067/ijap.v9i2.71717

اثربخشی تلفیق روش های درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد دختران نوجوان بی سرپرست

ابراهیم نامنی[۱]، آزاده مذهب یوسفی[۲]

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۸/۸/۲۵

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی تلفیق روش های درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد دختران نوجوان بی سرپرست بود.

روش: : روش این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونهٔ پژوهش شامل ۲۴ دختران نوجوان بی سرپرست بود که از میان دختران نوجوان بی سرپرست مقیم در مراکز نگهداری دختران بی سرپرست در شهر مشهد که به فراخوان محقق پاسخ مثبت داده بودند، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل گمارده شدند. مداخله به شیوه گروهی، طی ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال و پرسشنامه نگرش های ناکارآمد کودکان و نوجوانان دوالساندرو و بورتون بود که شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به سئوالات آنها پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ انعطاف‌پذیری شناختی و نگرش ناکارآمد (کمال‌گرایی خودمحور) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$). بنابراین تلفیق روش های درمان پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش نگرش ناکارآمد (کمال‌گرایی خودمحور) دختران بی سرپرست گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

واژه های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، انعطاف پذیری شناختی، نگرش های ناکارآمد

---

۱. استادیار مشاوره، دانشگاه حکیم سبزواری، a.namami@hsu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران، a.m.yousefi67@gmail.com

مقدمه

یکی از مهم ترین مسئولیت های خانواده پرورش و تربیت فرزندان است، چه بسا بسیارند خانواده هایی که توانایی و آمادگی این رسالت بزرگ را ندارند و فرزندان خرد را برای مراقبت به نزد موسسات و سازمان های پرورشگاهی می سپارند (Heidari, Pourebrahim, Khodabakhshi Koolaei, ,Mosalanejad 2013). از دست دادن چهره های دلبستگی (پدر و مادر) یا نبود آنها به هر دلیل، بسیاری از جنبه های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد به همین دلیل کودکان و نوجوانان بزرگ شده در محیط مؤسسات با مشکلات متعدد رفتاری و عاطفی مواجه هستند (Taukeni, 2015). دختران نوجوان بی سرپرست، به دلایل متفاوتی (تحقیر شدن و سرزنش زیاد، شکست های مکرر، عدم تسلط بر مهارت های اجتماعی، مبالغه در عیوب خود و....) ممکن است نسبت به خود احساس کم ارزشی کنند و از نگرش های ناکارآمدتری نسبت به دختران تحت سرپرستی والدین برخوردار باشند (Ghasemi Bafghi, 2010). در همین راستا، ابراهیم، ایل بیشلا، ایل گیلانی و کاتر (Ibrahim, El-Bilsha, El-Gilany & kahter, 2012) در پژوهشی به این یافته اشاره داشتند که ۴۷ درصد پرورشگاهیان دارای افکار ناکارآمد هستند.

مفهوم نگرش های ناکارآمد، اولین بار توسط بک (Beck, 1976) مطرح شد. منظور از نگرش های ناکارآمد، فرض ها و باورهای سوگیرانه ای هستند که فرد نسبت به خود، جهان اطراف و آینده دارد و فرد را مستعد افسردگی و سایر آشفتگی های روان شناختی می کنند (Goldsmith, Tran, Smith & Howe, 2009). طبق نظریه عقلانی هیجانی و رفتاری الیس (Ellis, 1991)، افراد دارای نگرش های ناکارآمد دو ویژگی اساسی دارند: آنها در درون خود توقعات خشک، جزیی و قدرتمندی دارند، ثانیاً موجب انتساب های بسیار نامعقول و تعمیم مفرط و فاجعه آمیز می شوند.

ازآنجاکه این نگرشها انعطاف ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابرتغییرند، ناکارآمد یا نابارور قلمداد می شوند و انعطاف پذیر نیستند (Shiri, Goalmohammadian & Hojatkhah, 2016)، در نتیجه می توان گفت هر چه یک فرد نگرش های ناکارآمدتری داشته باشد انعطاف پذیری شناختی او کاهش می یابد. دیویس و نولن هوکسما (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000)، در پژوهش خود عنوان نمودند، افرادی که نگرش های ناکارآمدی دارند از انعطاف پذیری شناختی پایین تری برخوردارند و به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می یابند. در همین راستا حیدری راد، شفیعی و بشرپور (Heydari Rad, Shafiei & Basharpour, 2017)، در پژوهشی رابطه نزدیک بین نگرش های ناکارآمد و انعطاف پذیری شناختی را تأیید نمودند. انعطاف پذیری افراد در میزان بروز آسیب ها و سطح عملکرد اجتماعی آنها بسیار تعیین کننده

است. به طور کلی، توانایی تغییر آمایه های شناختی به منظور سازگاری با محرک های درحال تغییر، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف پذیری شناختی می باشد (Dennis & Vander Wal, 2010).

به طور کل می توان گفت، انعطاف پذیری شناختی یک عملکرد منحصر به فرد، صفت بارز یا توانایی شناخت کلی است که به فرد اجازه می دهد به طور انعطاف پذیر شناختش را تغییر دهد و هنگام تغییرات محیطی الگوهای پاسخ عادی بدهد (Johnco, Wuthrich & Rappee, 2014). جانکو، وتریچ و راپئه (Johnco & et all, 2014) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که انعطاف پذیری شناختی کم تر، بر توانایی استفاده از بازسازی شناختی که یک راه کاهش پریشانی عاطفی است، تأثیرات منفی می گذارد.

با توجه به بالا بودن درصد نگرش های ناکارآمد در دختران نوجوان بی سرپرست و نیز انعطاف پذیری شناختی در کنار آمدن با این نگرش ها، محقق در این تحقیق بر آن شده است تا با استفاده از رویکردهای درمانی به ارتقاء مؤلفه های مذکور بپردازد. لازم به ذکر است، مؤلفه انعطاف پذیری از جمله مؤلفه های است که در دوران نوجوانی و اواسط کودکی قابل یادگیری و تغییر می باشد (Buttelmann & Karbach, 2017؛ Könen, Strobach & Karbach, 2016). از آنجایی که مؤلفه های مذکور با فرآیندهای شناختی هر فرد درگیر است و با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[1] (ACT)، یک رویکرد درمانی است که از فرآیندهای پذیرش، تمرکز ذهنی و فرآیندهای تغییر رفتار به منظور انعطاف پذیری روانی استفاده می کند و در واقع شعار اصلی اش این است که آنچه خارج از کنترل شخصی ات هست را بپذیرد (Hayes & Lillis, 2012)، از این رویکرد به عنوان رویکرد درمانی در تحقیق حاضر استفاده شده است. لازم به ذکر است، باتوجه به اهمیت دوره ی نوجوانی، اهمیتِ یافتن درمانهایی جهت بهبود اضطراب و نگرش های ناکارآمد و افزایش انعطاف پذیری شناختی در نوجوانان و همچنین کمبود پیشینه ی پژوهشی درزمینه ی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نوجوانان بی سرپرست یکی از درمان های به کاررفته در این پژوهش درمیزان مبتنی بر پذیرش و تعهد است؛ همچنین از آنجا که تحقیقات بسیاری همچون چراغیان، حیدری، قدمی و زارعی (Cheraghian, Heidari, Ghedami & Zarei, 2016)، مولوی، میکائیلی، رحیمی و مهری (Molavi, Mikaeili, Rahimi & Mehri, 2014)، رحیمی (Rahimi, 2015)، میشل و میشل (Michael & Michae, 2017)، از درمان پذیرش و تعهد و نتایج رضایتبخش آن بحث نموده اند، این درمان در پژوهش حاضر به کارگرفته شد.

در همین راستا، شیدایی اقدام، شمس الدینی لری، عباسی، یوسفی و همکاران (Sheydayi

1 .Acceptance and Commitment Therapy

(Aghdam, Shamseddini lorry, Abassi, Yosefi & et all, 2014) و یانگ، ماس موریس و مک کراکن (Yang, Moss-Morris & McCracken, 2017) در پژوهشی این یافته را بدست آوردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار ناکارآمد و پریشانی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس موثر است، همچنین اسکات، هان و مک کراکن (Scott, Hann & McCracken, 2016)، در پژوهشی این یافته را مطرح نمودند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلالات مزمن می گردد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی نظیر افکار، احساسات و خاطرات را هدف قرار می دهد و فعالیت های معنی دار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می کند (Hayes, Levin, Plumb-Vilardaga, Villatte & Pistorello, 2013). در این درمان به مراجع آموخته می شود هر عملی برای اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن ها می شود و باید این تجارب را بدون هیچگونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل بپذیرند (Hayes & et all, 2013). به طور کلی درمانگران ACT، مراجعان را تشویق می کنند تا ضمن شناخت، مبارزه ی سودمند با محتوای روانی را کاهش دهند و موضعی با پذیرش بیشتر را ایجاد کنند تا بتوانند در یک جهت ارزشمند حرکت کنند (Bloy, Oliver & Morris, 2011).

علاوه بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر فرآیندهای شناختی و پذیرش آنچه از کنترل شخص خارج است اهمیت می دهد، آموزشهای مبتنی بر ذهن آگاهی نیز با ادغام تکنیکهای مراقبه و وارسی بدنی به افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حسهای بدنی خودکار و غیرارادی برنامه ریزی شده می پردازد (Khosravi & Ghorbani, 2016). در همین راستا، بوهمیجر، پرینگر، تال و کوییر (Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers, 2010)، در پژوهشی این یافته را بیان نمودند که ذهن آگاهی منجر می شود تا افراد یاد می گیرند با هیجانات و نگرش های ناکارآمد مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. منظور از ذهن آگاهی، آگاهی لحظه به لحظه از حسهای (بدنی مثل احساس گرما و سرما، فشار، سوزش و درد، افکار) مثل من آدم ناتوانی هستم (و احساسات) مانند احساس شادی، غمگینی، دلهره می باشد (Hanasabzadeh, Yazdandoost, Asgharnejad-Farid & Gharaee, 2011).

ذهن آگاهی هشیاری غیر قضاوتی، غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. علاوه برآن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می شود (Potek, 2012). تمام تمرینهای موجود در ذهن آگاهی به نحوی طراحی شده اند که توجه به بدن را افزایش می دهند.. نقش مهم بدن در حیطه های بین رشته ای جدید

همچون پزشکی ذهن–بدن هم به اثبات رسیده است و در پژوهشهایی که از ذهن آگاهی استفاده می کنند، تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (Michalak, Burg & Heidenreich, 2012).

امروزه روان درمانگران بر ترکیب رویکردهای نظری مختلف جهت افزایش اثربخشی بیشتر بر روی مراجعان تاکید می کنند. ادغام نظری[1]، به ابداع مفهومی یا نظری فراتر از ترکیب کردن صرف فنون اشاره دارد. هدف این روش به وجود آوردن چارچوبی مفهومی است که دو یا چند رویکرد نظری را که از همه بهتر باشد ترکیب نموده و فرض می کند نتیجه آن از هر یک از نظریه ها به تنهایی غنی تر است (Norcross & Newman, 1992).

با توجه به اهمیت ترکیب دو رویکرد نظری برای اثربخشی بیشتر، در این تحقیق از تلفیق دو رویکرد دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی استفاده شد. لازم به ذکر است، تا به امروز پژوهشی در خصوص تلفیق دو رویکرد ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه های انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد صورت نگرفته است، لیکن چند پژوهش در داخل ایران به بررسی مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر مؤلفه های اندیشه پردازی خودکشی (Abyar, Makvandi, Bakhtiarpoor, Naderi & Hafezi, 2018)، تاب آوری (Afshari, 2018) و میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان (Kiani, Ghasemi & Pourabbass, 2012) صورت گرفته و این دو را رویکردی مؤثر نشان داده است؛ تنها پژوهش موجود در خصوص تلفیق دو رویکرد ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در خارج از ایران در پژوهش مک کروکن و وولز (McCracken & Vowles, 2014) به چشم می خورد که در پژوهشی به ترکیب دو درمان ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماران با دردهای مزمن پرداختند و این یافته را عنوان نمودند که تلفیق دو رویکرد ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیر گذاری بر فرآیندهای شناختی بیماران توانست دردهای مزمن این بیماران را کاهش دهد.

با عنایت به مطالب عنوان شده مبنی بر اثربخشی بیشتر دو رویکرد تلفیقی و نیز با توجه به پژوهش ذکر شده، محقق در پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا ترکیب دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد دختران نوجوان بی سرپرست اثربخشی معنی داری دارد.

1 .Common Factors Approach

روش

روش پژوهش حاضر از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی و طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی دختران نوجوان بی سرپرست در مراکز نگهداری دختران بی سرپرست شهر مشهد بودند که از بین تمامی این دختران نوجوان بی سرپرست، تعداد ۲۴ نفر از دختران نوجوان بی سرپرست در در فاصله زمانی تیر تا مرداد ماه سال ۹۶ به شیوه نمونه گیری در دسترس و داوطلبانه انتخاب شدند و سپس بر اساس تخصیص تصادفی افراد به دو گروه آزمایش و کنترل، (هر گروه ۱۲ نفر) گمارده شدند. پس از آن اعضای گروه آزمایش پس از توضیح کامل در مورد پژوهش و اعلام رضایت از جانب آنها (بدین صورت که به صورت شفاهی به اعضاء اطمینان کافی داده شد که اطلاعات حاصل از این پژوهش جنبه شخصی و محرمانه دارد و به هیچ وجه به صورت فردی در اختیار دیگران قرار نخواهد گرفت، پس از توضیحات مذکور کودکانی که تمایل به شرکت داشتند به صورت شفاهی اعلام رضایت نمودند) به مدت ۸ جلسه، به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای وارد درمان شدند. کلیه آزمودنی‌ها تمام ابزار پژوهش را در دو نوبت تکمیل کردند (پیش آزمون و پس آزمون)، پس از اتمام ۸ جلسه مداخله گروهی در جلسه آخر درمان، بار دیگر هر دو گروه به وسیله‌ی ابزارهای پژوهش آزمون شدند.

ملاک‌های ورود افراد گروه نمونه:

۱) در سنین بین ۱۴ تا ۱۸ سال باشند.

۲) همزمان با شرکت در پژوهش، از خدمات روانشناختی و روان‌درمانی دیگری استفاده نکنند.

۳) اختلالات روانی به خصوص انواع اختلالات سایکوتیک، رفتار تخریبی و نقص توجه را نداشته باشند (بر حسب تشخیص روانشناس)

۴) نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد.

ملاک‌های خروج افراد گروه نمونه:

۱) غیبت بیش از ۳ جلسه موجب خارج شدن افراد از گروه‌های آزمایشی می‌شود.

۲) داشتن اختلالات حاد شخصیتی و نیز انواع اختلالات سایکوتیک باعث خروج افراد از آزمایش می‌شود.

ابزارها

ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل دو ابزار: ۱- مقیاس نگرش های ناکارآمد کودکان و نوجوانان و ۲- پرسش نامه ی انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال بود که در زیر به توضیح هر کدام از این ابزارها پرداخته می شود:

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد کودکان و نوجوانان (DAS-CA)

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد کودکان و نوجوانان (DAS-CA) توسط دوالساندرو و بورتون (D'Alessandro & Burton, 2006) توسعه داده شد. برای این منظور، با الهام از نسخه بزرگسال مقیاس نگرش‌های ناکارآمد Visman، و پس از ساده سازی ساقه عبارات، ابتدا نسخه ۴۰ ماده‌ای مقیاس نگرش‌های ناکارآمد را توسعه دادند. سپس، تحلیل مقدماتی نسخه ۴۰ ماده‌ای به کمک برخی روش‌های آماری مانند تحلیل مولفه‌های اصلی با حذف ۱۸ ماده همراه شد. در نهایت، نتایج آزمون روایی عاملی نسخه ۲۲ ماده‌ای مقیاس نگرش‌های ناکارامد در کودکان و نوجوانان از ساختار تک عاملی مقیاس به طور تجربی حمایت کرد (D'Alessandro & Burton, 2006). در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد – نسخه کودک و نوجوان، مشارکت کنندگان به هر یک از گویه‌ها روی یک طیف پنج درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) پاسخ می‌دهند. سوالات ۱ الی ۹ مربوط به مؤلفه کمال گرایی خودمحور و سوالات ۱۰ الی ۱۸ مربوط به مؤلفه کمال گرایی اجتماع محور می باشد. نتایج مطالعه دوالساندرو و بورتون (D'Alessandro & Burton, 2006) از ویژگی‌های فنی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد نسخه کودک و نوجوان به طور تجربی حمایت کرد و بعد از هنجاریابی در ایران توسط شکری، پور شهریار، آقایی و سنایی پور (Shokri, Pour Shahriar, Aghayi & Sanayi pour, 2015) پرسشنامه ۲۲ ماده‌ای با حذف ۴ ماده به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ به ۱۸ سوال کاهش یافت که شامل دو مولفه کمال گرایی خودمحور (وضع استانداردهای غیرواقع نگرانه برای عملکرد فردی) و کمال گرایی اجتماع محور (احساس نیاز به کسب تایید اجتماعی) می باشد. در پژوهش شکری و همکاران (Shokri & at all, 2015) مقادیر ضرایب همسانی درونی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد برای عوامل کمال‌گرایی خودمحور و کمال‌گرایی اجتماع محور به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسش نامه ی انعطاف پذیری شناختی (CFI)

این پرسش نامه توسط دنیس و وندروال (Dennis & Vander Wal, 2010) ساخته شده است. یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی می باشد و برای سنجش نوعی از انعطاف پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمد لازم است، به کار می رود. شیوه ی نمره گذاری آن براساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف پذیری شناختی را بسنجد: الف) عامل ادراک گزینه های مختلف (گویه های شماره ی ۳، ۵، ۶، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰)، ب) عامل ادراک کنترل پذیری (گویه های شماره ی ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷) و ج) عامل ادراک توجیه رفتار (گویه های شماره ی ۸، ۱۰).

لازم به ذکر است که سوالات ۲، ۴، ۷،۹، ۱۱، و ۱۷ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. این

پرسش نامه در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف پذیر در درمان شناختی-رفتاری بیماری های روانی به کار می رود. دنیس و وندروال (Dennis & Vander Wal, 2010) در پژوهشی نشان دادند که این پرسش نامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. در ایران سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی (Soltani, Shareh, Bahrainian & Farmani, 2013) ضریب اعتبار بازیابی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس های ادراک کنترل پذیری، ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲ و ۰/۵۷ گزارش کرده اند. این پژوهشگران ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹ و ۰/۵۵ گزارش نموده اند.

روش اجرا

بعداز مطالعه مقدماتی در خصوص انتخاب ابزار مناسب کار و آماده سازی ابزار ها و مراجعه به مراکز نگهداری دختران بی سرپرست شهر مشهد و انتخاب دختران نوجوان بی سرپرست، نمونه گیری به صورت در دسترس و داوطلبانه اجرا گردید، بدین صورت از بین دختران بی سرپرست و بر اساس معیارهای ورود به طرح پژوهش ۲۴ نفر انتخاب و به دو گروه آزمایش(۱۲ نفر) و کنترل(۱۲ نفر) گمارش شدند. طی نامه ای از نمونه درخواست شد تا همکاری لازم را در خصوص پژوهش به عمل آورده و نیز به آنان اطمینان کافی داده شد که اطلاعات حاصل از این پژوهش جنبه شخصی و محرمانه داشته و به هیچ وجه اطلاعات آنها در اختیار دیگران قرار نخواهد گرفت. نحوه ی اجرای تحقیق به این صورت بود که گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی در جلسات آموزشی شرکت یافتند. محتوای مداخله درمانی به این صورت بود که ابتدای هر جلسه به خلاصه ای از مباحث جلسه پیش و بررسی گزارش تکالیف اعضاء اختصاص می یافت.

در پایان هر جلسه نیز پس از جمع بندی مباحث، تکالیفی برای جلسه بعد ارائه می شد. پروتکل جلسات آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر اساس کتاب دال، استوارت، مارتل و کاپلان (Dahl, Christoph, Martel & Kaplan, 2015) و نیز جلسات ذهن آگاهی در این پژوهش، بر اساس بسته ی مدون شده توسط باون و مارلات (Bowns & Marlatt, 2011) تنظیم شد.با توجه به اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فرآیندهای شناختی و پذیرش آنچه از کنترل شخص خارج است اهمیت می دهد و آموزشهای مبتنی بر ذهن آگاهی نیز با ادغام تکنیکهای مراقبه و وارسی بدنی به افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حسهای بدنی خودکار و غیرارادی برنامه ریزی شده می پردازد، در این تحقیق سعی شد دو درمان در کنار یکدیگر به کار گرفته شود و با همدیگر تلفیق گردد؛ بدینگونه که بخشی از جلسه با درمان ذهن آگاهی و بخشی از آن با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا گردد.

جدول۱. خلاصه جلسات و چهارچوب و ساختار کلی جلسات

جلسه	محتوا
اول	معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، اجرای پیش آزمون
دوم	بحث درباره تأثیرات نگرش های ناکارآمد در زندگی درمانجویان، بررسی راهبردهای کنترلی که افراد برای مقابله با وضعیت بی سرپرستی بکار برده اند و بررسی کارآمدی وناکارآمدی این راهبردها، کمک به درمانجویان در جهت پی بردن به بیهودگی راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخص در چاه در آخر جلسه انجام مدیتیشن های خوردن یک عدد کشمش و سپس به مدت ۳۰ دقیقه مدیتیشن اسکن بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از انجام این مدیتیشن ها
سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره بیهودگی راهبردهای کنترلی، توضخیح در مورد اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن آگاهی و پذیرش، آموزش گامهای پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات و در آخر انجام مدیتیشن اسکن بدن و بحث در مورد این تجربه؛
چهارم	توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله گرفتن از افکار و مشاهده گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار و در آخر تمرین دیدن و شنیدن
پنجم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمان جویان، توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خود پذیرا و مشاهده گر با استفاده از استعاره صفحه شطرنج و مدیتیشن نشسته همراه با توجه به تنفس، صداهای بدن و افکار (که مدیتیشن نشسته چهاربعدی نیز نامیده می شود)
ششم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده گری افکار در زندگی درمانجویان، توضیح مفهوم ارزشها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند نمودن مراجع برای زندگی بهتر و در آخر تمرین قدم زدن ذهن آگاه
هفتم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث در مورد ارزشها و موانع عمل بر طبق آنها، ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش ها و ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزشها و گذر از موانع با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس و در آخر ارایه ی تمرینی با عنوان "خلق، فکر، دیدگاه هایی جداگانه" با این مضمون: محتوای افکار، اکثرا واقعی نیستند
هشتم	بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل بر اساس ارزش ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آنها، ارائه خلاصه ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس آزمون و اتمام جلسات درمانی

یافته‌ها

ویژگی های جمعیت شناختی

در این قسمت نمونه مورد بررسی برحسب ویژگی ها و پرسش های جمعیت شناختی (سطح

تحصیلات و مدت زمان اقامت در مراکز نگهداری) مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مدت زمان اقامت در مراکز سرپرستی و فراوانی پایه تحصیلی شرکت کنندگان در گروه های مطالعه

متغیر	آزمایش		کنترل	
	میانگین	**انحراف معیار**	**میانگین**	**انحراف معیار**
مدت اقامت	۱۰/۵۸	۲/۵۳	۸/۸۳	۲/۰۸
پایه تحصیلی	**فراوانی**	**درصد**	**فراوانی**	**درصد**
پایه تحصیلی نهم	۳	۲۵	۴	۳۳/۳
پایه تحصیلی دهم	۶	۵۰	۳	۲۵
پایه تحصیلی یازدهم	۳	۲۵	۵	۴۱/۷

جدول ۲ نشان دهنده میانگین و انحراف معیار مدت زمان اقامت در مراکز سرپرستی و فراوانی سطح تحصیلات شرکت کنندگان در گروههای مطالعه است. میانگین و انحراف معیار مدت زمان اقامت شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب برابر ۱۰/۵۸ و ۲/۵۳ بود. میانگین و انحراف معیار مدت زمان اقامت شرکت کنندگان در گروه کنترل به ترتیب برابر ۸/۸۳ و ۲/۰۸ بود. از لحاظ پایه تحصیلی نیز می توان گفت، بیشتر شرکت کنندگان گروه آزمایش در پایه تحصیلی دهم و بیشتر شرکت کنندگان گروه کنترل در پایه تحصیلی یازدهم مشغول به تحصیل هستند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف استاندارد و نیز روش‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. داده های بدست آمده از نمرات این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل گردید. برای توصیف داده های مربوط به نمونه، ابتدا به محاسبه شاخص های مرکزی و پراکندگی متغیرهای پژوهش پرداخته شدکه به شرح زیر است (جدول ۳).

جدول۳. میانگین و انحراف استاندارد نمرات انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه

متغیر	گروه	نوع	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
انعطاف پذیری	گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۶۹/۷۵	۸/۰۴	۵۵	۸۴
		پس آزمون	۱۲	۷۴/۴۱	۹/۱۸	۵۹	۸۸

شناختی	گروه کنترل	پیش آزمون	۱۲	۶۲/۵۸	۳/۶۵	۵۸	۶۸
		پس آزمون	۱۲	۶۱/۵۰	۵/۵۶	۵۱	۷۰
نگرش های ناکارآمد	گروه آزمایش	پیش آزمون	۱۲	۶۰/۲۵	۲/۹۸	۵۶	۶۶
		پس آزمون	۱۲	۵۶/۰۸	۲/۶۱	۵۳	۶۲
	گروه کنترل	پیش آزمون	۱۲	۵۶	۵/۲۵	۴۹	۷۰
		پس آزمون	۱۲	۵۷	۵/۶۵	۴۷	۶۹

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون مقیاس انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد را در دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. همان طور که ملاحظه می‌شود میانگین به ترتیب نمرات انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد شرکت کنندگان گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون، تغییر داشته است، اما این تغییر در گروه گواه مشاهده نمی‌شود.در این تحقیق، از آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیره به دلیل تناسب و سازگاری بیشتر با فرضیه های تحقیق استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل کواریانس سه پیش فرض (نرمال بودن داده ها، یکسانی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس ها) مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ نشان داده شده است:

جدول ۳. نتایج بررسی نرمال بودن توزیع نمرات انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد

متغیر	ابعاد متغیر	آزمون	مقدار z	سطح معناداری
انعطاف پذیری شناختی	ادراک گزینه های مختلف	پیش آزمون	۰/۷۹	۰/۵۵۲
		پس آزمون	۰/۸۳	۰/۵۰۳
	ادراک توجیه رفتار	پیش آزمون	۱/۳۶	۰/۰۵۴
		پس آزمون	۰/۷۹	۰/۵۴۷
	ادراک کنترل پذیری	پیش آزمون	۰/۸۹	۰/۳۹۷
		پس آزمون	۱/۰۳	۰/۲۳۳
	نمره کل انعطاف پذیری شناختی	پیش آزمون	۰/۷۹	۰/۵۶۵
		پس آزمون	۰/۷۸	۰/۵۸۱
نگرش های ناکارآمد	کمال گرایی خود محور	پیش آزمون	۰/۸۹	۰/۳۹۶
		پس آزمون	۰/۶۹	۰/۷۱۹
	کمال گرایی اجتماع محور	پیش آزمون	۰/۶۱	۰/۸۵۵
		پس آزمون	۰/۷۵	۰/۶۲۸
	نمره کل نگرش های ناکارآمد	پیش آزمون	۰/۶۶	۰/۷۷۰
		پس آزمون	۰/۶۱	۰/۸۵۱

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در جدول ۳ نشان می‌دهد که توزیع نمرات در تمامی مؤلفه های پژوهش نرمال می باشد؛ چرا که سطح معنی داری آزمون کالموگراف اسمیرنوف برای تمامی مؤلفه ها بیشتر از ۰/۰۵ بدست آمده است، بنابراین پیش‌فرض اول برای تمام مؤلفه ها رعایت شده است.

جدول۴. بررسی پیش‌فرض یکسانی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس ها

متغیرها	آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانسها		یکسانی شیب خط رگرسیون	
	مقدارF	معنی داری	مقدارF	معنی داری
ادراک گزینه های مختلف	۲/۱۲	۰/۱۵۹	۰/۲۸	۰/۵۹
ادراک توجیه رفتار	۰/۳۱	۰/۵۸	۲/۹۴	۰/۰۷
ادراک کنترل پذیری	۰/۴۸	۰/۴۹	۲/۳۵	۰/۱۴
نمره کل انعطاف پذیری	۳/۱۴	۰/۰۹	۰/۶۰	۰/۴۴
کمال گرایی خودمحور	۱/۹۹	۰/۱۷	۰/۵۹	۰/۴۵
کمال گرایی اجتماع محور	۰/۱۹	۰/۶۶	۰/۶۲	۰/۴۴
نمره کل نگرش های ناکارآمد	۱/۱۹	۰/۲۸۷	۳/۲۶	۰/۰۸۵

همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود آزمون لوین برای بررسی تساوی واریانسها و آزمون شیب خط رگرسیون نشان داد که در مورد تمام متغیر های پژوهش واریانس ها همگن هستند و یکسانی شیب خط رگرسیون برقرار است ($P>0/05$).

به منظور بررسی فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی دختران نوجوان بی سرپرست از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن به شرح زیر است:

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای متغیر وابسته انعطاف پذیری شناختی در گروه های آزمایش و کنترل

ابعاد متغیر	منابع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	ضریب اثر
ادراک گزینه های مختلف	گروه	۱	۴۹/۰۳	۵/۹۲	۰/۰۲۵	۰/۲۴
ادراک توجیه رفتار	گروه	۱	۱۳/۴۲	۹/۵۰	۰/۰۰۶	۰/۳۳
ادراک کنترل پذیری	گروه	۱	۲/۳۷	۱/۱۵	۰/۲۹۷	۰/۰۶

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون ابعاد انعطاف پذیری شناختی در دو گروه، با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون، حاکی از این است که پس از شرکت دختران بی سرپرست در جلسات درمانی، نمرات ادراک گزینه های مختلف و ادراک توجیه رفتارآنها، نسبت به دختران بی سرپرست گروه کنترل، تغییر معناداری داشته است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی دختران نوجوان بی سرپرست اثربخشی معنی داری دارد.

به منظور بررسی فرضیه تحقیق مبنی بر بررسی اثربخشی تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد دختران نوجوان بی سرپرست از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن به شرح زیر است

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره برای متغیر نگرش های ناکارآمد(کمال گرایی خودمحور و کمال گرایی اجتماع محور)

ابعاد متغیر	منابع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	*سطح معنی داری*	ضریب اثر
کمال گرایی خودمحور	گروه	۱	۳۷/۱۹	۵/۷۳	۰/۰۲۷	۰/۲۲
کمال گرایی اجتماع محور	گروه	۱	۳/۴۳	۱/۴۷	۰/۲۳۹	۰/۰۷

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون نگرش های ناکارآمد(کمال گرایی خودمحور و کمال گرایی اجتماع محور) در دو گروه، با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون، حاکی از این است که پس از شرکت دختران بی سرپرست در جلسات درمانی، نمرات کمال گرایی خودمحور آنها، نسبت به دختران بی سرپرست گروه کنترل، تغییر معناداری داشته است.

نتیجه

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی و نگرش های ناکارآمد دختران نوجوان بی سرپرست می باشد. نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی با نتایج پژوهش های کاظمی، شجاعی، سلطانی زاده (Kazemi, Shojaei & Soltanizadeh, 2018)، نجفی، قربانی و دهنوی (Najafi, Ghorbani & Dehnavi, 2018)، خراط زاده، دوازده امامی،

بختیاری، کچوئی و مهکی (Kharatzadeh, Davazdah Emamy, Bakhtiari, Kachuie & Mahaki, 2017)، همسو می باشد؛ چرا که آنان در پژوهش های جداگانه به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی می تواند در افزایش تحمل پریشانی تاثیرگذار باشد. در نتیجه آموزش ذهن آگاهی باعث می شود افراد بدون تلاش در جهت هر نوع تغییر، صرفا تجارب هیجانی خود را مشاهده و بپذیرند و این سبب افزایش انعطاف پذیری شناختی آنان می شود. هم چنین اورکی، جهانی و رحمانیان (Rahmanian& Oraki, Jahani ، 2018)، مقتدایی و خوش اخلاق (Moghtadayi & Khosh Akhlagh, 2015)، ویتینگ، دنی، سیمپسون، مک لیئود و کیاروکی (Whiting, Deane, Simpson, McLeod & Ciarrochi, 2017) و ویهوف، اوسکام، اسکرورس و بالمیجر (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2015) این یافته را عنوان نمودند که شرکت کنندگانی که یکی از تمرین های رایج درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشتند، انعطاف پذیری بیشتری را گزارش نمودند تا افرادی که تحت این نوع تمرین ها نبودند. بنابراین می توان گفت نتایج این مطالعات نیز با پژوهش حاضر همخوان می باشد. لازم به ذکر است تنها یک پژوهش در خصوص تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی یافت شد؛ مک کروکن و وولز (McCracken & Vowles, 2014)، در پژوهشی به ترکیب دو درمان ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماران با دردهای مزمن پرداختند و این یافته را عنوان نمودند که تلفیق دو رویکرد ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأثیر گذاری بر فرآیندهای شناختی بیماران توانست دردهای مزمن این بیماران را کاهش دهد.

در خصوص اثربخشی تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی دختران بی سرپرست می توان گفت، تمرینهای تعهد رفتاری به همراه تکنیک های گسلش و پذیرش و نیز بحث پیرامون ارزش ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش ها که از تکنیک های رویکرد پذیرش و تعهد، همگی منجر به افزایش انعطاف پذیری شناختی در دختران بی سرپرست شد. به عبارتی دیگر، در این تحقیق دختران بی سرپرست با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جداکردن خود از واکنش ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شدند. در واقع به آنان آموزش داده شد که در درمان پذیرش و تعهد چگونه فرایندهای مرکزی بازداری فکر را رها کنند، از افکار آزاردهنده رهایی یابند؛ به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده گر را تقویت نمایند، رویداد های درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش هایشان را تصریح کنند و به آنها بپردازند. آنگونه که هیز (Hayes, 2006)، عنوان نمودند پیام اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پذیرش

چیزی است که خارج از کنترل شخص بوده و متعهد بودن نسبت به انجام هر آنچه که در کنترل فرد است. با توجه به هدف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این تحقیق سعی بر این بود تا به دختران بی سرپرست آموزش داده شود که احساساتشان را بپذیرند تا اینکه از آنها فاصله بگیرند و به افکار و فرایند تفکرشان به وسیله ی ذهن آگاهی بیشتر پرداخته و آنها را در جهت فعالیتهای هدف محور پیوند دهند.

همچنین در پژوهش حاضر از تکنیک تصریح ارزش ها در کنار پذیرش استفاده گردیده است. به عنوان مثال، به دختران نوجوان بی سرپرست آموزش داده شد اگر خاطرات و رویدادهای گذشته، آنان را آشفته و پریشان نموده است، باید بدانند که این اتفاقات رخ داده؛ درنتیجه باید آنها را بپذیرند و احساساتشان نسبت به وقایع را تغییر دهند. به طور خلاصه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تلاش می کند تا به افراد یاد دهد که افکار و احساساتشان را تجربه کنند؛ به جای اینکه تلاش کنند آنها را متوقف سازند، از افراد خواسته می شود که در جهت اهداف و ارزشهایشان کار کنند ؛ به عنوان مثال در این پژوهش به کمک درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دختران بی سرپرست آموزش داده شد با پذیرش وضعیت بی سرپرستی خود به درس و ارتباط با دوستان و دیگر کارهای روزمره بپردازند. در کنار درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تمرین های ذهن آگاهی نیز استفاده گردید؛ چرا که تمرین های ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می گذارد. در این تحقیق سعی شد با تکنیک هایی که مربوط به تجربه کردن لحظه ی حال است، به طور موقت دختران بی سرپرست را از نگرش و باورهای خود که ریشه در گذشته دارد و متاثر از ترس ها و نگرانی های آینده است، رها نموده تا این نگرش در آنها به وجود آید که به تمامی امور (خوشایند یا ناخوشایند) پذیرش بدون داوری داشته باشند.

اتخاذ چنین تدبیری، به خصوص برای دختران نوجوان بی سرپرستی که احساسات دردناکی مانند ناامیدی، درماندگی و غمگینی را تجربه می کنند، سودمند است. با عنایت به مطالب عنوان شده می توان گفت، در این پژوهش تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی توانست بر افزایش انعطاف پذیری شناختی دختران نوجوان بی سرپرست اثربخش است؛ چرا که در واقع، هدف این درمان ها افزایش توانایی دختران بی سرپرست در پاسخ های سازگارانه و انعطاف پذیر به رویدادهای زندگی در حضور افکار و احساسات تهدید کننده است که منجر به انعطاف پذیری روانشناختی گردید. از این رو رویکرد شناختی به کار رفته در این مداخله باعث ارتقای خودآگاهی دختران بی سرپرست، کمک به آن ها در شناخت نقاط قوت و ضعف و ایجاد تغییر در نگرش و باورهایشان می گردد و به آن ها کمک می کند

تا روش های کارآمدی را برای حل تعارض یه کار گیرند. همچنین با کمک ذهن آگاهی و فرآیند در زمان حال بودن به مراجع آموزش می دهد که به آنچه در محیط و در تجربه درونی دارد توجه کرده و آن را بدون قضاوت یا ارزش یابی مشاهده کند. در واقع وقتی توجه از سمت دنیای درون به محیط اطراف معطوف می شود، آستانه تحمل بالا می رود و انعطاف پذیری افزایش می یابد. باعنایت به مطالب عنوان شده می توان گفت؛ تلفیق تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر انعطاف پذیری شناختی دختران نوجوان بی سرپرست اثربخشی معنی داری دارد.

نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد همخوان با پژوهش های نظام پور (Nezam Pour, 2015)، رحیمی (Rahimi, 2015)، کاکاوند (Kakavand, 2016)، پیترز و همکاران (Peters &et all, 2015)، مانس، دی آگولیا، فرانکو و گیل (Mañas, Del Águila, Franco & Gil, 2014)، پاول، استانتون، گریسون، اسموسکی و وانگ (Paul, Stanton, Greeson, Smoski, & Wang, 2013) و و داویس و هایز (Davis & Hayes, 2011) می باشد؛ چرا که آنان در پژوهش های جداگانه به این نتیجه رسیدند که ذهن آگاهی روش مؤثری در جهت کاهش افسردگی، افکار منفی و نگرش های ناکارآمد هستند. همچنین، شیدایی اقدام و همکاران (Sheydayi Aghdam & et all, 2014)، هایز، بوید و سیول (Hayes, Boyd & Sewell, 2011)، عباسی، کریمی و جعفری (Abbasi, Karimi & Jafari, 2016) میشل و میشل (Michael & Michae, 2017)، در پژوهش های خود این یافته را بدست آوردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بکاگیری تکنیک های گسلش و پذیرش درمان اثربخشی در جهت کاهش نگرش های منفی و ناکارآمد می باشد، که این یافته همخوان با نتایج پژوهش حاضر می باشد.

آن چه که از نتایج این پژوهش و سایر پژوهش های مشابه حاصل شده است این نکته است که آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تمرین های مبتنی بر آگاهی، زمینه ای را برای ایجاد درماندگی خلّاق نسبت به راه حل های مورد استفاده فرد در رابطه با افکار و احساسات ناخوشایندش ایجاد می کند. هدف درمانگران از مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد ایجاد احساس درماندگی یا باور درماندگی نیست، بلکه هدف این است که فرد از راهکارهای گذشته خود که برای کنترل این افکار و احساسات استفاده می کرده دست بردارد (Newsome, Waldo & Gruszka, 2012). این حالات زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان راه حل جایگزین فراهم می کند و با ایجاد پذیرش، فضایی برای فرد ایجاد می شود که به امور مهم و ارزشمند زندگی اش نیز توجه کند.

در همین راستا، یافته های این پژوهش نشان داد که دختران بی سرپرستی که می خواهند از افکار و احساسات ناخواسته اجتناب کنند یا خلاص شوند، نه تنها موفق نیستند؛ بلکه رنج شدیدی برای خودشان به واسطه ی نداشتن پدر و مادر و نداشتن خانواده ایجاد می کنند. مثل دختر بی سرپرستی که نگران عکس العمل دوستانش نسبت به وضع زندگی اش بود، به همین دلیل از رفتن به مدرسه امتناع کرد. گاه فرد این احساسات را تحمل می کند و هزینه این تحمل وقت صرف و انرژی بسیار است. درک این موضوع به اعضاء گروه آزمایش کمک کرد تا به جای تلاش برای کنترل کردن فکرها و احساسات ناخوشایند، آن ها را احساس کنند و انجام این کار باعث شد تا آن تجربیات کم تر تهدید کننده به نظر بیاید؛ بیان این رنج ها به دختران بی سرپرست گروه آزمایش کمک کرد که کم تر خود را سرزنش کنند. همچنین بیان داستان های ذهنی (قضاوت، ارزیابی و مقایسه) در جلسات و اینکه چگونه هر کدام با واقعی نشان دادن خود باعث رنج ما می شوند، برای گروه کمک کننده بود و از نگرش کمال گرایی خودمحور آنها کاست.

در همین راستا، ایران دوست، نشاط دوست، نادی و صفری Irandoost, Neshat-Doost, Nad& (Safary, 2012) در پژوهشی عنوان نمودند با ایجاد پذیرش فرد به حرکت در جهت ارزشهای خود متمایل می شود و به جای تمرکز بر راه حل ناموفق، به رفتار مبتنی بر حل مسئله تغییر می کند و چرخه افکار منفی و قضاوت های فرد شکسته می شود و این خود به خود منجر به بهبود عملکرد می شود. در این میان، ذهن آگاهی یک عمل خود -توانمندسازی است که آثار مثبتی همچون روشن اندیشی و سرسختی روانی در فرد ایجاد می کند و بر عواطف مثبت و روش های حل مسئله اثر می گذارد. در همین راستا، کنگ، اسموسکی و رابینز (Keng, Smoski & Robins, 2011)، به این موضوع اشاره نمودند که ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک پاد زهر بر اشکال رایج پریشانی روان شناختی چون اجتناب، سرکوبی، یا بیش اشتغالی فکری و احساسی فرد عمل کند.

ذهن آگاهی با استفاده از فنونی نظیر آموزش آرمیدگی و پذیرش عاری از قضاوت وضعیت موجود، و هشیار بودن نسبت به خویش که از مفاهیم بنیادین این رویکرد است سبب هشیاری از لحظه حاضر و به تبع آن، کاهش اضطراب و قضاوت خود و کمال گرایی خودمحور این گروه از نوجوانان می شود. در این پژوهش رویکرد ذهن آگاهی توانست تا به فرد کمک کند با تمرکز بر حال به جای آینده و با افزایش خود نظارت گری، هشیاری نسبت به بدن را افزایش دهد که احتمالا منجر به کاهش قابل توجه قضاوت خود و کمال گرایی خودمحور گردید. بنابراین می توان گفت، انجام تمرینات ذهن آگاهی توانست بعد از مدتی تغییرات قابل مشاهده ای در دختران بی سرپرست و کارکردهای روان شناختی آنها ایجاد کند

و با توسعه راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد کاهش نگرش های ناکارآمد آنها کمک کند. به عبارت دیگر، در درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی، ابتدا افزایش آگاهی فراشناختی مطرح می شود (یعنی توانایی درک دوباره از افکار و عواطف فردی و نگریستن به آنها به عنوان رویداد های گذرا به جای این که آن افکار به عنوان واقعیت در نظر گرفته شود)، سپس این افزایش آگاهی فراشناختی فرض می شود که منجر به کاهش نشخوار که فرایند تکرار افکار منفی است می گردد، در نتیجه فاجعه انگاری، نشخوار فکری و سایر نشانه ها از جمله استرس و مهارت های مقابله ای ناکارآمد و منفعلانه نیز کاهش می یابد و نهایتا منجر به کاهش نگرش های ناکارآمد می شود. با توجه به مطالب عنوان شده می توان گفت، تلفیق دو روش درمان پذیرش و تعهد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نگرش ناکارآمد دختران نوجوان بی سرپرست اثربخش است.

لازم به ذکر است در این پژوهش تغییر در نگرش های ناکارآمد در بعد کمال گرایی اجتماع محور صورت نگرفت؛ و شاید بتوان در تبیین این یافته گفت، دختران بی سرپرست به علت مشکلات ساختاری خانواده و از هم پاشیدن آن و از جهت اینکه فرزندان این مجتمع ها نوعا از طفولیت طعم زندگی را لمس نکرده و همواره در تنش و کشمکش و بی مهری، در محیط های مملو از ترس و وحشت و بعضا نا خواسته متولد شده و ادامه زندگی داده اند؛ همواره نیازمند دریافت محبت و تایید از سوی دیگران هستند؛ در همین راستا فاتحی، صادقی و اخلاصی (Fatehi, Sadeghi & Ekhlasi, 2010)، در پژوهشی که بر روی دختران بی سرپرست انجام داد میزان کمبود مهر و محبت را در این دختران ۴۲/۵ درصد گزارش نمود. بنابراین به نظر می رسد، گرایش کمال گرایی جامعه محور در این کودکان در حدی بالا بوده است که تلفیق دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی نتواسته بر آن اثرگذار باشد.

اما این پژوهش با محدودیت های خاصی نیز روبه رو بود. از جمله کم توجهی برخی از آزمودنی های شرکت کننده در این پژوهش همچنین عدم صداقت آن ها در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و عدم رغبت و کم انگیزه بودن آنها عاملی برای عدم همکاری مناسب آزمودنی ها بود و نیز با توجه به اینکه اثر مداخلات درمانی برای پاسخ دهی به زمان بیشتری نیاز دارد؛ آزمودنی باید بتواند آموزش های داده شده را در خارج از جلسات درمانی نیز تجربه نماید. این پژوهش متمرکز بر دختران نوجوان بی سرپرست انجام شد، لازم به ذکر است جهت تعمیم نتایج به دیگر گروه های دختران خاص مانند دختران خیابانی، دختران بدسرپرست و ... باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین، در این پژوهش از نمونه گیری در دسترس استفاده شده است که باید محدودیتهای این نوع نمونه گیری در نظرگرفته شود.

پیشنهادهای پژوهش

- این تحقیق متمرکز بر دختران نوجوان بی سرپرست انجام گرفت، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی دختران خیابانی، دختران بدسرپرست و .. نیز به عنوان جامعه آماری انتخاب شوند.
- این تحقیق متمرکز بر دختران بی سرپرست بود، در پژوهش های بعدی پیشنهاد می شود پسران بی سرپرست نیز مورد تحقیق قرار بگیرند.
- پیشنهاد می شود مسئول مراکز دانشگاهی و ادارات آموزش و پرورش با ایجاد هماهنگی زمینه های استفاده از نتایج تحقیقات از این دست را فراهم کنند.

پیشنهادات کاربردی

ذهن آگاهی، از عوامل مهم و زمینه ای افزایش انعطاف پذیری شناختی است که مراکز نگهداری دختران بی سرپرست با اهتمام در برآورده ساختن عوامل مرتبط با آن، از جمله ایجاد فضای یادگیری و فضای آموزشی مطلوب و تشکل های آموزشی پویا و هدفمند و متمرکز بر ذهن آگاهی دختران نوجوان بی سرپرست می توانند به افزایش انعطاف پذیری شناختی آنان کمک نمایند.

با توجه به مهم بودن و تأثیرگذاری درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر کاهش نگرش های ناکارآمد و رشد انعطاف پذیری شناختی در تمام مسیر زندگی در وهله اول به خودسازی و افزایش معلومات و اطلاعات خود و تحقیق و پژوهش در حیطه درمان تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی اهمیت دهند و در وهلهٔ دوم به انتقال و رشد صحیح این مداخله به صورت علمی و دقیق وقت بگذارند تا شاهد توسعه جمعی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی و افزایش انعطاف پذیری شناختی و کاهش نگرش های ناکارآمد دختران نوجوان بی سرپرست جامعه مان باشیم.

References

Abbasi, H., Karimi, B., & Jafari, D. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy to failed tolerant & Dysfunctional attitudes of Mothers of mentally retarded students. *Quarterly of Psychology of Exceptional Individuals Allameh Tabataba'i University*, 6(24), 108-81. (In Persian).

Abyar, Z., Makvandi, B., Bakhtiarpoor, S., Naderi, F., & Hafezi, F. (2018). Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness on the suicidal ideation among depressed women . *Women Study*, 9(1), 1-23. (In Persian).

Afshari, A. (2018). Comparison of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Mind-Fullness Therapy on Women's Resilience in repeated Abortions. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing,* 6(2), 11-18. (In Persian).

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York. International University Press.

Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy With People With Psychosis: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 10(5), 347-359.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.

Bowns., C.N., & Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*. New York: Guilford Press.

Buttelmann, F., & Karbach, J. (2017). Development and Plasticity of Cognitive Flexibility in Early and Middle Childhood. *Front Psychol*, 8, 1040-1044.

Cheraghian, H., Heidari, N., Ghedami, S.A., & Zarei, B. (2016). Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on Depressed Pregnant Women. *Journal of Community Health*, 9(2): 64-56. (In Persian).

Dahl, J., Christoph, R., Martel, Y., & Kaplan, J. (2015). *ACT and RFT in relations: assisting to people eager intimacy and commitment preserve healthy with use therapy based on the theory based on acceptance and commitment and relational framework.* Translate by Nadereh Saadati, Shokooh Navabi Nejad & Mahdi Rostami. Tehran: immortal Forest. (In Persian).

D'Alessandro, D. U., & Burton, K. D. (2006). Development and validation of the dysfunctional attitudes scale for children: Tests of Beck's cognitive diathesis-stress theory of depression, of its causal mediation component, and of developmental effects. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 335–353.

Daley, DC., Marlatt, GA., & Spotts, C. (2003). *Relapse prevention: clinical models and intervention strategies.* In: A.W. Graham, T.K. Schultz, M.F. Mayo-Smith, R.K. Ries, Wilford BK, editors. Principles of Addiction Medicine. 3 ed. *Chevy Chase, MD*: American Society of Addiction Medicine, 467-86.

Davis, DM., & Hayes, JA. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198-208.

Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and no ruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 699-711.

Dennis, JP., & Vander Wal, JS. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253.

Ellis, A. (1991). Rational- emotive treatment of simple phobias. Psychotherapy, 28, 452- 456.

Fatehi, A., Sadeghi, S., & Ekhlasi, A. (2010). Description and analysis of sociological and psychological characteristics of girls and women without caretakers in Isfahan. *New Journal of Psychotherapy*, 9: 34-33. (In Persian).

Ghasemi Bafghi, V. (2010). *The effectiveness of a positive approach to the way a group on depression, dysfunctional attitudes, and self-esteem among adolescent girls*. MA Dissertation in clinical psychology, Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).

Goldsmith, AA., Tran, G.Q., Smith, J.P., & Howe, S.R. (2009). Alcohol expectancies and drinking motives in college drinkers: Mediating effects on the relationship between generalized anxiety and heavy drinking in negative-affect situations. *Journal Addictive Behavior*, 34(6-7), 505-513.

Hanasabzadeh, M., Yazdandoost, R., Asgharnejad-Farid, A., & Gharaee, B. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on suicidal depressed patients: A qualitative study. *Journal of Behavioral Sciences*, 5(1): 33-38. (In Persian).

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.

Hayes, L., Boyd, C. P., & Sewell, J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Adolescent Depression: A Pilot Study in a Psychiatric Outpatient Setting *Mindfulness*, 10, 46-59.

Hayes, S.C., Levin, M.E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J.L. & Pistorello, J. (2013) Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-196.

Hayes, S. C., Lillis, J. (2012). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.

Heidari, N., Pourebrahim, T., Khodabakhshi Koolaei, A., & Mosalanejad, L. (2013). Relationship between Emotional Control Expressiveness Style and Resilience Against Narcotics Substance Use in High School Male Students. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 12 (8), 599-610. (In Persian).

Heydari rad, H., Shafiei, M., & Basharpour, S. (2017). Comparing dysfunctional attitude and cognitive flexibility between women with and without a history of divorce. *Journal Management System*, 8(30), 103-112.

Ibrahim, A., El-Bilsha, M., El-Gilany, A., & kahter, M. (2012). Prevalence and predictors of maladaptive cognitive schema among orphans in Dakahlia governorate orphanages, Egypt. *Middle East Journal of Psychiatry and Alzheimer*, 3, 15-25.

Irandoost, F., Neshat-Doost, HT., Nadi, MA., & Safary, S. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Pain Intensity in Women with Chronic Low Back Pain. *Journal of Clinical Psychology*, 6(2), 85-74.

Johnco, C., Wuthrich, V.M., & Rappee, R.M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioral treatment for anxiety and depression in older adults: results of a pilot study. *Behavioral Research and Therapy*, 10, 1-33.

Kakavand, A. (2016). The Effectiveness of Mindfulness on Dysfunctional Attitudes and Depressive Symptoms among Elderly Women with Major Depressive Disorder. Journal of Aging Psychology, 2(2), 101-91. (In Persian).

Kazemi, H., Shojaei, F. &, Soltanizadeh, M. (2018). The Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Psychological Flexibility, Distress Tolerance, and Re-Experiencing the Trauma in Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Military Caring Sciences*, 4(4), 236-248. (In Persian).

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychological Review*, 31(6), 1041-1056.

Kharatzadeh, H., Davazdah Emamy, M.H., Bakhtiary, M., Kachuei, A, & Mahaki, B. (2017). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on glycemic control, stress, anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus. J Urmia Univ Med Sci, 28 (3),206-214. (In Persian).

Khosravi, E., & Ghorbani, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and blood pressure among hypertensive women. *Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 20(4): 631-368. (In Persian).

Kiani, A.R., Ghasemi, N., & Pourabbass, A. (2012). Comparison of the effectiveness of

Acceptance and Commitment Therapy and Mind-Fullness Therapy on craving and cognitive management of excitement in glassmakers. *Quarterly Journal of Research on Addiction*, 6(24), 36-28. (In Persian).

Könen, T., Strobach, T., & Karbach, J. (2016). Working memory, in *Cognitive Training – An Overview of Features and Applications*, eds Strobach T., Karbach J., editors. (Cham: Springer International), 59–68.

Mañas, I., Del Águila, J., Franco, C., Gil, M. D. y Gil, C. (2014). Mindfulness en el contexto de la actividad física y el deporte: La aceptación de la experiencia como alternativa al control. En A. J. Cangas, J. Gallego y N. Navarro (Eds.), *Actividad física y deporte adaptado* (Vol. 2, pp. 149-158). Granada: Alborán Editores.

McCracken, L., & Vowles, K. (2014). Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Chronic Pain. *American Psychological Association*, 69(2), 178-187.

Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T .D. (2012). Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression. *Mindfulness* , 3(3), 9-190.

Michael, P., & Michael, E. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 751-770.

Moghtadayi, M. &, Khosh Akhlagh, H. (2017). Effectiveness of Acceptance- and Commitment-Based Therapy on Psychological Flexibility of Veterans' Spouses. *Iran J War Public Health*, 7 (4), 183-188. (In Persian).

Molavi, P., Mikaeili, N., Rahimi, N., & Mehri, S. (2014). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based on Reducing Anxiety and Depression in Students with Social Phobia. *Journal Ardabil University Medical Sciences*, 14 (4):412-423. (In Persian).

Najafi, M., Ghorbani, M., & Dehnavi, S. (2018). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on executive function, cognitive flexibility in women with neuroticism trait in Esfahan city. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 5(3), 22-37. (In Persian).

Newsome, S., Waldo, M., & Gruszka, C. (2012). Mindfulness group work: Preventing stress and increasing self-compassion among helping professionals in training", The *Journal for Specialists in Group Work*, 37(4), 1–15.

Nezam Pour, R. (2015). *Effectiveness of mindfulness-based stress on reducing aggression, risky behavior and improve quality of life for orphaned adolescents*. MA Dissertation in clinical psychology, Ferdowsi University of Mashhad. (In Persian).

Norcross, J.C., & Newman, C .F. (1992). *Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M. R. Gold fried* (Eds), Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1992. P: 3-45.

Oraki, M., Jahani, F., & Rahmanian, M. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the psychological flexibility of elderly women. *Clinical Psychology*, 10(1), 56-47. (In Persian).

Peters J. R., Smart L. M., Eisenlohr-Moul T. A., Geiger P. J., Smith G. T., & Baer R. A. (2015). Anger rumination as a mediator of the relationship between mindfulness and aggression: the utility of a multidimensional mindfulness model. *Journal Clinical Psychology*. 71(2), 871–884.

Potek, R. (2012). *Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation*. [desertion]. New York University;

2012. P.184.

Paul, NA., Stanton, SJ., Greeson, JM., Smoski, MJ., & Wang, L. (2013). Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 56-64.

Rahimi, Z. (2015). *Review the effectiveness of mindfulness-based on stress on anger reducing and dysfunctional attitudes among people with a traumatic head injury*. Supervision of the Ministry of Science, Research and Technology, Bahonar University, Faculty of Literature and Humanities. (In Persian).

Scott, W., Hann, K & McCracken, L. (2016). A Comprehensive Examination of Changes in Psychological Flexibility Following Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(3), 139-148.

Sheydayi Aghdam, S., Shamseddini lorry, S., Abassi, S., Yosefi, S., Abdollahi, S., & Moradi Joo, M. (2014). The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment in reducing distress and inefficient attitudes in patients with MS. *Journal of Behavior,* 9(34): 57-66. (In Persian).

Shiri, T., Goalmohammadian, M., & Hojatkhah, M. (2016). Effectiveness of Schema Therapy on dysfunctional attitudes mate selection in Female students. *Counseling Culture and Psychotherap*y, 7(27): 171-188. (In Persian).

Shokri, O., Pour Shahriar, H., Aghayi, M., Sanayi pour, M.H. (2015). Psychometric analysis scale of dysfunctional attitude towards children and adolescents. *Journal of Behavior,* 9(36): 47-56. (In Persian).

Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, A., Farmani, A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in a correlation of coping styles and resilience with depression. *pajoohande,* 18 (2): 88-96. (In Persian).

Taukeni, S.G (2015). Orphan adolescents life worlds on school-based psychosocial support. *Health Psychology and Behavioral Medicine,* 3(1), 12-24.

Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152(3), 533-542

Veehof, M. M., Oskam, M. J., Schreurs, K. M., & Bohlmeijer, E. T. (2015). Acceptance-based interventions for the treatment of Cognitive Flexibility: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533-542.

Whiting, D, M Deane, F., Simpson, G., McLeod, H., & Ciarrochi, J. (2017). Cognitive and psychological flexibility after a traumatic brain injury and the implications for treatment in acceptance-based therapies: A conceptual review. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27 (2), 263-299.

Yang, S.Y., Moss-Morris, R. & McCracken, L.M. (2017). I ACT-CEL: A Feasibility Trial of a Face-to-Face and Internet-Based Acceptance and Commitment Therapy Intervention for Chronic Pain in Singapore. *Pain Research Treatment*, 10 (11), 1-14.